

Zamawiający:

**Zespół Opieki Zdrowotnej  
34-200 Sucha Beskidzka  
ul. Szpitalna 22**

**Wykonawca:**

Roche Polska Sp. z o. o.

Adres: ul. Domaniewska 28

02 – 672 Warszawa

NIP 522 00 14 461

KRS 118292

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

Małgorzata Bergiel – Pełnomocnik, pełnomocnictwo

Natalia Drobnik – Pełnomocnik, pełnomocnictwo

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ**

**SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**pn. Dostawa produktów leczniczych w ramach programów lekowych -  
uzupełnienie XVII**

prowadzonego przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej), oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie  
art. 108 ust 1 ustawy Pzp.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1,2, 5 lub 6 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

.....  
.....  
.....  
.....

#### INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ rozdz.VI (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

.

Zamawiający nie określił warunków w postępowaniu

#### INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ rozdz. VI (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu), polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: .

.....

, w następującym zakresie:

.....(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

Zamawiający nie określił warunków w postępowaniu

#### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

#### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZAPOZNANIA SIĘ Z PROCEDURĄ DOT. OCHRONY SYGNALISTÓW:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych – Procedura zgłoszeń wewnętrznych w

*Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej, wynikającej z ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów (Dz. U. z 2024r. poz. 928), wprowadzonej na mocy Zarządzenia Dyrektora nr 43/G/2024 z dnia 30.09.2024 r., rozumiem jej treść, przyjmuję ją do stosowania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w niej zawartych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

*Zobowiązuję się ponadto do aktualizacji znajomości powyższej Procedury wraz z każdorazową jej zmianą przekazaną do wiadomości poprzez ogłoszenie w miejscu publikacji procedury.*

*\*-treść procedury dostępna na stronie internetowej [www.zozsuchabeskidzka.pl](http://www.zozsuchabeskidzka.pl) w zakładce „Stefa pacjenta”*